

ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА ЧАСТОТУ РЕЦИДИВНОГО КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ниткин Д.М.

Белорусская медицинская академия последипломного образования

При наблюдении за больными с МКБ после оперативного лечения установлено, что у 7-10% пациентов рецидив возникает в течение года, у 35% - в течение 5 лет и у 50% больных рецидив диагностируется в течение 10 лет после элиминации конкремента. Среднее время до возникновения рецидива у каждого второго больного составляет $8,8 \pm 1,2$ года. Анализируя группу больных с рецидивами камней до 1 года после первичного удаления, многими исследователями выявлены у них те или иные метаболические отклонения, что позволило сформулировать факторы риска для рецидивного камнеобразования. Наличие этих факторов у пациентов, подвергающихся оперативному лечению, требует обязательной диагностики, соответствующей терапии и наблюдения. Результаты этих исследований указывают на важность коррекции метаболических нарушений в метафилактике мочекаменной болезни.

Целью исследования является оценка степени влияния коррекции метаболических нарушений на частоту рецидивов у больных с уrolитиазом.

Нами проведена диагностика метаболических нарушений у 261 больного с мочекаменной болезнью, находившихся на лечении в урологических отделениях Минской областной клинической больницы за период 2002–2004 годов. При проведении диагностики метаболических нарушений были выявлены патологические изменения у 159 (60,9%) пациентов, которые носили изолированный или сочетанный характер. На основании диагностики метаболических нарушений после элиминации камня в соответствие с типом выявленных нарушений больные МКБ распределены на 4 лечебные группы:

- 1 группа – больные с гиперкальциемией и резорбтивной гиперкальциурией без гиперпаратиреоза (18 больных);
- 2 группа – больные с абсорбтивной и почечной гиперкальциурией (18 больных);
- 3 группа – больные с гипероксалурией (20 больных);
- 4 группа – больные с гиперурикурией с или без гиперурикемии (18 больных).

С целью коррекции диагностированных метаболических нарушений и профилактики рецидивного камнеобразования больным лечебных групп кроме соответствующей диеты и водной нагрузки назначена следующая терапия в течение 3 месяцев:

первой группе больных: препараты группы бифосфонатов: «Ксидифон» в суточной дозе 10 мг на кг массы тела, алкализующие цитратные смеси («Блемарен») в индивидуально адаптированной дозе под контролем pH мочи в пределах 6,2-7,0;

второй группе больных: тиазидные диуретики: гидрохлортиазид в суточной дозе 25 мг, препараты магния: магниевая соль аспарагиновой кислоты («Панангин») 0,316г в сутки, алкализующие цитратные смеси («Блемарен») под контролем pH мочи;

третьей группе больных: пиридоксин (витамин B6) в суточной дозе 80 мг, препараты магния: магниевая соль аспарагиновой кислоты («Панангин») 0,316г в сутки, алкализующие цитратные смеси («Блемарен») под контролем pH мочи;

четвёртой группе больных: ингибиторы ксантиноксидазы: аллопуринол в суточной дозе 100мг, алкализующие цитратные смеси («Блемарен») под контролем pH мочи.

Больные с диагностированными метаболическими нарушениями, этиологически значимыми в мочевом камнеобразовании, но не включённые в лечебные группы, составили вторую контрольную группу для сравнения частоты рецидивов. Эту группу составили 28 больных, которые после элиминации конкремента соблюдали

традиционные рекомендации по регулярному приёму растительных диуретиков.

Для отслеживания возникновения рецидива проводилось УЗИ почек больным лечебных групп (1-4 группы, 74 больных) и контрольной группы (28 больных) каждые 3 месяца в течение 2 лет. Рецидивом считалось обнаружение конкремента в полостной системе почки при ультразвуковом исследовании размером более 4 мм.

Для изучения достоверности отличий возникновения рецидивов в лечебной и контрольной группах нами использовался z-критерий для сравнения качественных показателей.

Результаты: В нашем исследовании у больных лечебных групп (получавших дифференцированную коррекцию метаболических нарушений) в течение года рецидив возник у 1 (1,35%) больного и в течение 2 лет у 6 (8,10%) больных после элиминации конкремента. При этом в лечебных группах в течение 2 лет после удаления камня рецидив возник у 2 (11,1%) больных с резорбтивной гиперкальциурией (1 группа), у 1 (5,6%) больного с абсорбтивной гиперкальциурией (2 группа), у 2 (10,0%) больных с гипероксалурией (3 группа) и у 1 (5,6%) больных с гиперурикурией (4 группа). В контрольной группе в течение года рецидив диагностирован у 4 (14,29%) больных и в течение 2 лет у 10 (35,71%) больных после удаления конкремента (Таб. 1).

Таблица 1.

Сравнительная характеристика возникновения рецидивов у больных с мочекаменной болезнью

Количество рецидивов в течение 2 лет (n,%)			z-критерий	P
Лечебные группы		Контрольная группа		
1 группа	2 (11,1%)	10 (35,71%)	1,85	>0,05
2 группа	1 (5,6%)		2,34	<0,05
3 группа	2 (10,0%)		2,03	<0,05
4 группа	1 (5,6%)		2,34	<0,05
всего	6 (8,10%)	10 (35,71%)	3,42	<0,01

Таким образом, существуют достоверные отличия в возникновении рецидивов камнеобразования у больных 2-ой, 3-ей и 4-ой групп по сравнению с больными контрольной группы. Это свидетельствует о сильном влиянии назначенной терапии на патофизиологию камнеобразования у этих больных. Сравнительный анализ возникновения рецидивов у больных 1-ой с больными контрольной группы, несмотря на $P > 0,05$, также выявил высокую степень отличий поскольку z-критерий (1,85) близок к критическому значению 1,96. По всей видимости, за данной категорией больных необходим более длительный срок наблюдения. При анализе возникновения рецидивов в лечебных группах в целом наблюдается достоверное отличие по изучаемому признаку (z-критерий = 3,42, $P < 0,01$) по сравнению с контрольной группой.

Выводы: Дифференцированная коррекция метаболических нарушений позволяет достоверно ($P < 0,01$) снизить частоту рецидивного камнеобразования у больных с мочекаменной болезнью на 27,61% по сравнению с контрольной группой в течение 2 лет после элиминации конкремента.